

## ***Factores de riesgo de la neoplasia ginecológica en la tercera edad. Isla de la Juventud. 2004-2008***

*Dr. Heenry Luis Dávila Gómez \**, *Dr. Abel García Valdés \*\**, *Dr. Félix Álvarez Castillo \*\*\**,  
*Dr. Yunior Castillo Blanco \*\*\*\**, *Est. Zaskia Matos Rodríguez \*\*\*\*\**

### **RESUMEN:**

Se realizó un estudio de caso control para caracterizar la morbi-mortalidad por cáncer ginecológico en la tercera edad durante el periodo 2004-2008 en la Isla de la Juventud. Se estudiaron 242 mujeres, de las cuales a 121 (todas las edades) se les había diagnosticado una neoplasia de mama, cuello uterino, endometrio u ovario, así como 67 controles con pareo 1:1 por edad con aquellas pacientes con 60 años o más. Se incluyeron además las 54 pacientes de este grupo etáreo fallecidas por esta causa durante el periodo de estudio. Se encontró que en todas las localizaciones anatómicas el grupo de pacientes ancianas representó más de la mitad de los casos, excepto en el cáncer de cérvix. En las pacientes con cáncer de cuello uterino y endometrio fue el grupo de 60 a 75 años el de mayor riesgo de padecer una neoplasia, mientras que en los de mama y ovario fue el grupo de mayores de 75 años. Las patologías benignas del cérvix, la menopausia tardía, los antecedentes familiares de cáncer ginecológico y la obesidad/tabaquismo fueron los principales factores de riesgo en las neoplasias de mama, cérvix, endometrio y ovario, en ese orden.

***Palabras claves:*** *cáncer, tercera edad*

### **ABSTRACT:**

The case-control study to characterize the morbidity and mortality by gynaecologic cancer in patients with 60 years old or more, during 2004-2008 in the Island of Young. Were studied 242 women, 121 of them with diagnostic of cancer of breast, uterus, ovary or cervix. So, 67 health patients as control and the 54 patients that died by this cause during this period. All anatomy locations of cancer were most frequently in older patients, except in the cervix cancer. The uterus and cervix cancer was most common find in the patients with 60-75 years old, while the ovary and breast cancer was most common in the patients older tan 75 years old. The benign illness of cervix, older menopause, family history of gynaecologic cancer and obesity/ smoking were the main risk factors to breast, cervix, uterus and ovary cancer, in this order.

***Key word:*** *cancer, old age*

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento del daño para la salud de las dietas ricas en grasas, el tabaquismo, la vida sedentaria, así como el progreso contra las infecciones y las nuevas estrategias de tratamiento para las enfermedades coronario-vasculares han hecho posible que las personas vivan más años, y ha iniciado la nueva era de las enfermedades degenerativas entre las que se incluyen, la enfermedad de Alzheimer y el cáncer. <sup>(1)</sup>

En muchos países, esta fracción de la población se incrementa marcadamente con el tiempo. En Canadá, por ejemplo, representa el 15 % del total, y en EE.UU. el 16 % (población blanca) y el 10 % (población negra). En muchos países europeos, asiáticos y en Australia, se observa también que los ancianos constituyen un sector importante de la población. <sup>(2)</sup>

La incidencia de neoplasias malignas es mayor a medida que los países alcanzan mayores niveles de desarrollo económico y social. En Suecia y EE.UU., alrededor del 70 % de los cánceres se presenta en el viejo, lo cual no ocurre en los países de menor desarrollo, en los cuales no rebasa el 60 %.<sup>3</sup> En cuanto a la mortalidad, se reporta en EE.UU. que el 67 % de todas las muertes por cáncer corresponde a la población mayor de 65 años. <sup>(3)</sup>

En Cuba, más del 65 % de todas las neoplasias malignas ocurre en este grupo, el cual representa solamente el 12 % de la población nacional. <sup>(3)</sup> En nuestro país, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en la población mayor de 60 años, donde se reporta el 73 % de todas las muertes por esta enfermedad. <sup>(4)</sup>

Cuba no escapa de esta realidad y muestra un comportamiento bastante parecido al descrito en el Mundo y la región de las Américas. Según la información mostrada en el Anuario Estadístico del 2006, la tasa de fallecidos por cáncer continúa en franco ascenso, con 174.6 muertes por cada 100 000 habitantes, 4.2 unidades mayor al año anterior y casi el doble de la tasa de 1970, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares que muestran una tendencia al descenso. En este mismo año, las enfermedades malignas mostraron el mayor índice de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) entre las primeras 10 causas de muerte, 1.6 veces mayor a las enfermedades del corazón (la segunda causa). <sup>(5)</sup>

Desde hace alrededor de cinco años, la Isla de la Juventud <sup>(6)</sup> muestra un comportamiento particular de su mortalidad general con relación al resto de los territorios del país, siendo el cáncer y no las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte. Específicamente relacionado con la neoplasia ginecológica, durante el periodo que se

estudia en esta investigación (2003-2007) fallecieron en la Isla 586 mujeres de más de 60 años, de ellas 39 por una neoplasia ginecológica, lo que resulta en una tasa general de 66.55 fallecidas por cada 1000 habitantes, aunque en el año 2004 la tasa específica sobrepasó el valor de 100.00. Durante este periodo, dos de cada tres fallecidas por una neoplasia ginecológica tenían 60 años o más, las cuales reasentaron además, la tercera parte de todas las fallecidas a esta edad por una neoplasia maligna.

Motivados por el hecho de lo que representa para cada familia la pérdida de un ser querido, mucho más si es mujer; por el impacto que en la esfera psicológica deja una neoplasia en la mujer y por la magnitud creciente de este fenómeno en nuestro territorio, realizamos esta investigación con la finalidad de identificar cuáles son los factores de riesgo que más contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la anciana pinera.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio de caso y control para caracterizar el comportamiento de la neoplasia maligna ginecológica en el Municipio Especial Isla de la Juventud durante el periodo comprendido entre los años 2004 y 2008. Se estudiaron como muestra 242 pacientes, las cuales incluyen a *121 pacientes* con diagnóstico de cáncer de localización ginecológica (cuello uterino, mama, endometrio y ovario), una paciente aparentemente sana (sin diagnóstico de cáncer) por cada caso de 60 años o más de edad. (*67 controles*, Equiparamiento por edad y consejo popular de 1:1), así como todas las pacientes de 60 años o más fallecidas durante el periodo de estudio con este diagnóstico (*54 fallecidas*).

Para la recolección de la información se revisaron los registros de biopsias y fallecidos de este hospital, así como las respectivas historias clínicas individuales de las pacientes; siendo algunas de ellas entrevistadas para completar los datos, los cuales fueron procesados con el programa EpiInfo 6.04d.

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En la mujer esta afección cobra ribetes especiales si tenemos en cuenta la repercusión que tiene, por ejemplo, el cáncer de mama para la estética feminista después de una mastectomía, o del cáncer cérvico uterino para la reproducción, sin contar su elevada frecuencia.

Al analizar el gráfico 1 vemos como casi la mitad de todos los casos de cáncer ginecológico diagnosticados en el periodo de estudio corresponden a la mama, seguidas de una tercera parte adicional por aquellas neoplasias asentadas en el cuello uterino. En menor frecuencia se encontraron el cáncer de endometrio con sólo la octava parte de los casos y el cáncer de ovario, presente en uno de cada 18 casos diagnosticados.

En cuanto a la frecuencia de cada una de estas localizaciones en las pacientes de la "tercera edad" vemos como, excepto en el cáncer de cérvix con la tercera parte, el grupo de pacientes mayores de 60 años representó más de la mitad de los casos, resaltando el cáncer de endometrio donde tres de cada cuatro pacientes tenían 60 años o más y el de mama, donde casi las dos terceras partes del total de pacientes eran ancianas.

En cuanto a los factores de riesgo más importantes en las pacientes de 60 años o más para padecer un cáncer mamario, resalta en el gráfico 2 la menopausia después de los cincuenta años donde el riesgo se hizo 38 veces mayor, seguida por aquellas que tuvieron una patología benigna previa en las mamas o una menarquia antes de los 12 años donde el riesgo casi se triplicó en ambos casos; por su parte el tabaquismo y el primer parto después de los 30 años duplicó el riesgo. Las mujeres que tuvieron más de tres partos o no lactaron reflejaron un comportamiento de riesgo, pero este no fue significativo. El resto de los factores no mostró valor estadístico.

El comportamiento de riesgo que mostramos en el gráfico 3 resulta muy llamativo si consideramos que factores muy importantes para el cáncer de cérvix en una muestra global sin distinción de edad como el inicio precoz de las relaciones sexuales y la paridad, así como las infecciones cérvico-vaginales, no fueron significativos.

Las patologías benignas del cuello uterino constituyeron el factor más importante pues octuplicó el riesgo de esta neoplasia maligna en las mujeres que la presentaron, seguidas de la multiparidad y el uso prolongado de anticonceptivos hormonales pues ambos sextuplicaron el riesgo, mientras que en las pacientes de piel negra o mestiza el riesgo se triplicó y en aquellas que eran fumadoras el riesgo se duplicó.

El análisis de las principales variables de riesgo para padecer un cáncer del cuerpo uterino o endometrio del gráfico 4 no difiere mucho de lo encontrado en la población general pues sólo dos de los ocho factores estudiados no mostró significación: el fibroma uterino y el tabaquismo. El antecedente familiar de una neoplasia maligna ginecológica representó un riesgo incrementado en 22 veces, el mayor de todos, seguido por el color de la piel negra o mestiza donde se elevó once veces el riesgo y la obesidad que casi octuplicó el riesgo.

En menor medida, las pacientes nulíparas presentaron un riesgo seis veces mayor, aquellas que tenían antecedentes personales de infertilidad casi cuadruplicaron el riesgo y en aquellas que consumieron de forma prolongada anticonceptivos hormonales, el riesgo se duplicó.

El estudio de los principales factores de riesgo de cáncer de ovario referidos por la bibliografía especializada muestra en el gráfico 5 como en las pacientes obesas y/o fumadoras el riesgo fue nueve veces mayor, mientras que en aquellas que presentaron hipercolesterolemia mantenida o tenían antecedentes familiares de cáncer ginecológico el riesgo se triplicó. Sólo en las multíparas no se encontró significación estadística.

## **DISCUSIÓN**

La distribución por edades de las tasas de incidencia del cáncer muestra un notable incremento a partir de la sexta década, con un vertiginoso crecimiento del riesgo en los últimos quinquenios de la vida, hasta los 80 años en que decrece, motivado esto último por una baja calidad en el diagnóstico y un sub-registro en este grupo de pacientes. <sup>(7)</sup>

El proceso de envejecimiento no es una explicación suficiente para el incremento de la frecuencia de cáncer en el viejo. La edad es el factor de riesgo más importante para padecer cáncer, pues la persona de mayor edad ha estado más expuesta a diferentes factores que directa o indirectamente incrementan el riesgo de desarrollar un cáncer clínico. <sup>(8)</sup>

Existe coincidencia al plantear que en el cáncer de mama como en pocos, existe una relación directa entre la progresión de la edad y la incidencia de la enfermedad. En Colombia, un estudio de Hernández, Herrán y Cantor en el 2007 muestra como mientras entre 30 y 34 años la tasa de prevalencia por 100 000 habitantes era de 2.42 casos, esta se elevaba a 10.17 a los 40 a 44 años, 28.17 entre 60 a 64 años y 46.2 entre los 75 y 79 años. <sup>(9)</sup> Un estudio de Vidal <sup>(10)</sup> y colaboradores hecho en España en el 2007 muestra como el 66% de los 17 000 casos de cáncer que se diagnostican cada año y de las 6 000 que fallecen, tienen 60 años o más. Un trabajo realizado por Ceredera y Ferrini en Ecuador <sup>(11)</sup> durante el año 2006 encontró en un serie de 301 mujeres con cáncer mamario que el 66,7% de las pacientes eran post-menopáusicas.

El riesgo de cáncer del seno es mayor entre las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos desarrollaron esta condición. El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca de cáncer del seno casi duplica el riesgo de una mujer. Si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad, el riesgo aumenta aproximadamente

cinco veces. Aunque no se sabe el riesgo exacto, las mujeres con antecedentes familiares de cáncer del seno en el padre o un hermano también tienen mayor riesgo de contraer esta enfermedad. <sup>(11)</sup>

Las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer del seno que las mujeres de raza negra. Sin embargo, las mujeres de raza negra tienen más probabilidades de fallecer de este cáncer. <sup>(11,12)</sup>

Algunos tipos de condiciones benignas del seno están más asociados al riesgo de cáncer del seno que otros. <sup>(12)</sup>

Se han realizado estudios que sugieren que las mujeres que están usando anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer del seno que aquellas mujeres que nunca los han usado, aunque este riesgo parece disminuir una vez se suspende el uso de los anticonceptivos orales. <sup>(11,12)</sup>

Las mujeres que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) o que experimentaron la menopausia a una mayor edad (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer del seno. Esto puede estar relacionado con una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida. <sup>(11)</sup>

Aunque las tasas de incidencia y mortalidad aumentan con la edad, la mayor carga absoluta del cáncer cérvico uterino recae sobre las mujeres de mediana edad. Un análisis de los datos sobre mortalidad por cáncer cérvico uterino notificados por los países de América Latina y el Caribe indica que las mujeres entre los 35 y 54 años de edad conforman reiteradamente la mayor proporción de las defunciones anuales. <sup>(13)</sup>

Aunque algunos estudios muestran gran predominio de la raza blanca en sus resultados como un estudio realizado en el cienfueguero municipio de Cumanayagua en el año 2000 con una prevalencia mayor al 90%, no se ha demostrado la existencia mayor de riesgo en diferentes razas o color de la piel y si se han encontrado diferentes indicadores según raza, han sido relacionados con factores socio-culturales y no precisamente raciales. <sup>(14)</sup>

Si bien no existe un planteamiento coincidente en el cáncer cérvico uterino en correspondencia con la menarquia precoz o tardía, como sucede por ejemplo con el cáncer de mama, si se plantea por algunos autores que han encontrado cierta correspondencia entre estas variables, como Benia y Tellechea en Uruguay, en cuyo estudio el 12.5% de los casos tuvo una menarquia precoz. <sup>(15)</sup>

Sin lugar a dudas uno de los factores más importantes en la patogenia de la neoplasia cervical es el inicio precoz de la actividad sexual, relacionado este con una mayor probabilidad de asociación a infecciones cérvico vaginales y entre ellas, la infección por

papiloma humano. Así, Benia – Tellechea encontraron en Uruguay que uno de cada cinco casos de su estudio iniciaron el sexo precozmente. <sup>(16)</sup>

Otro elemento a relacionar lo constituye el número de partos transpelvianos (vaginales), así como la edad en la que ocurren estos partos, sobretodo la primoparición. <sup>(17)</sup>

Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. <sup>(18)</sup>

Un estudio realizado en España en el 2003 por Fortes Álvarez <sup>(19)</sup> y García-Vaquero reportan una incidencia anual de cáncer de endometrio de 15 casos y 3 defunciones por 100.000 mujeres, encontrando además los mayores picos entre los 58 y 64 años y sólo un 5% por debajo de los 40 años. Otros estudios en Europa Occidental han mostrado promedio de edad algo superiores, entre 60 y 65 años. <sup>(20)</sup> Un estudio realizado en Chile por Yazigil <sup>(21)</sup> en el 2003 plantea que le 80% de los casos se observa en pacientes mayores de 60 años.

Otras cosas que lo pueden poner en un nivel de riesgo mayor para cáncer del endometrio incluyen haber tenido su primera menstruación antes de los 12 años, o pasar por la menopausia después de los 50 años. Las mujeres que nunca han estado embarazadas y aquellas que usan un medicamento llamado tamoxifen también pueden estar en un nivel de riesgo mayor. <sup>(22)</sup>

Si bien la mayoría de los casos de cáncer de ovario se observan en mujeres de 50 años o más, las mujeres más jóvenes también pueden desarrollar la enfermedad. En el 2004, se diagnosticó en este país el cáncer de ovario a 20.095 mujeres y fallecieron por la misma causa unas 14.716 mujeres. <sup>(23)</sup> Para el 2007 se registró un comportamiento similar y más de 22.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de ovarios y más de 15.000 murieron de la enfermedad. Alrededor de un 70 por ciento de las mujeres ya padecen de estadios avanzados de la enfermedad cuando son diagnosticadas. <sup>(24)</sup>

Es más común en mujeres blancas de mayor edad. La mayoría de las afectadas son mayores de 60 años y ya han pasado la menopausia. Las mujeres que no han tenido hijos tienen mayor riesgo y las que han tomado pastillas anticonceptivas durante años tienen menos riesgo. <sup>(24)</sup>

## **CONCLUSIONES**

En todas las localizaciones de cáncer estudiadas se encontró más de la mitad de los casos con 60 años o más, excepto en el cáncer de cérvix.

Las patologías benignas del cérvix, la menopausia después de los 55 años, el antecedente familiar de cáncer ginecológico, la obesidad y/o el tabaquismo, fueron los factores de riesgo más importantes en los cánceres de cuello uterino, mama, endometrio y ovario, respectivamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kennedy BJ. Aging and cancer. *J Clin Oncol* 2007; 12:1903-11.
2. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, eds. *Cancer incidence in five continents*. Lyon, IARC Scientific publications 20 (1), 2002.
3. Martín A, Soriano J. Cáncer en Cuba 1987. *Rev Cubana Oncol* 2002; 8: 36-48.
4. Young JL (Jr), Percy CL, Asire AJ. Cancer incidence and mortality in the United States, 1973-1977. *Monogr J Natl Cancer Inst* 2006; 57:1-187.
5. Estadísticas de Salud de las Américas, 2006. PAHO Ed. United States of America; 27-41.
6. Anuario Estadístico 2006. Ministerio de Salud Pública. Cuba.
7. Martín A, Fernández L, Rodríguez A. Cáncer en Cuba: Estadísticas de morbilidad y mortalidad. *Centro de Salud (Madrid)* 2004; 2:115-21.
8. Tomatis L, Aitio A, Day NE, Heseltine E, Kaldor J, Miller AB, et al, eds. *Cancer, causes, occurrence and control*. Lyon:1990: (IARC Sci Publ No. 100).
9. Hernández G, Herrán S, Cantor LF. Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11(1):32-39
10. Los inhibidores de la aromatasa podrían ser útiles en prevención del cáncer de mama. [Disponible on-line: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,478067,00.html>]
11. Cáncer de mama. Prevención y factores de riesgo. [Disponible on-line: <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp?level=0.html>]
12. Factores de riesgo del cáncer de mama. [Disponible on-line: <http://www.fundafosemo.org>]
13. Barnum H and Greenberg ER: *Cancers*. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Eds: Jamison DT, Mosely WH, Measham AR and Bobadilla JL. Oxford University Press, 2003
14. Morales O, Pinedo T, Paricna J, Rubinos del Pozo J. Algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de la infección por el PVH del cuello uterino: confirmación histológica. *Acta Cancerol* 2006; 26(1):3-6.

15. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Mex* 2008; 40:330-8.
16. Benia W, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. *Rev Med Uruguay* 2004; 16: 103-113
17. Moscicki AB, et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *Journal of the American Medical Association* 285:2995–3002, 2001.
18. Ríos JE; Lorente J; Santaella M; Márquez AJ; Monserrat JA; Borrego Acuña JA. Sistema de funcionamiento de la sección de prevención del cáncer genital femenino. Patología cervical detectada en los últimos cinco años. *Toko-Ginec. Práctica* 2000, 59 879.351-8.
19. Visión contemporánea del cáncer de endometrio. [Disponible on-line: [http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101endometrio\\_p19-24/pendometrio3.htm](http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101endometrio_p19-24/pendometrio3.htm)]
20. Cáncer de endometrio. [Disponible on-line: [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=1129&RUTA=1-747-1159-1121-1127-1129](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=1129&RUTA=1-747-1159-1121-1127-1129)]
21. Hernández FA, Flores Funes OR. Manejo quirúrgico del cáncer de ovario. Análisis de cinco años en el hospital Escuela. *Revista Medica Hondur* 2007; 55: 161-70
22. Cáncer de endometrio. [Disponible on-line: <http://www.familydoctor.org/online/famdocen/home/common/cancer/types/021.htm>]
23. Expertos urgen a prestar más atención a síntomas de cáncer de ovario y someterse a un examen pélvico regular. [Disponible on-line: <http://www.med.umich.edu/opm/newpage/2007/ovariancancermonth.htm>]
24. Weiss NL, Cook LS, Farrow DC, Rosenblatt KA. Cáncer de ovario En: Shottenfeld D y Fraumeni JF, eds. *Prevención y epidemiología del cáncer* 2º edición. Nueva York: Oxford University Press; 2006.

\* *Especialista 1er grado Medicina General e Integral. Residente Ginecología. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer.*

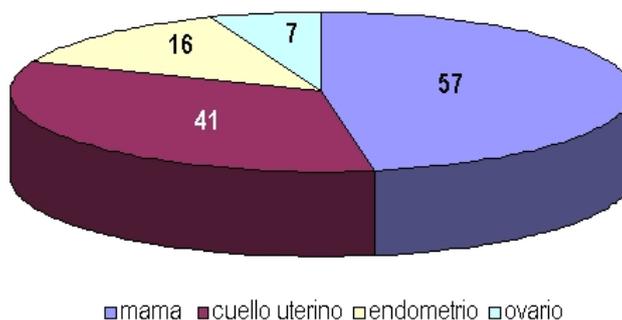
\*\* *Especialista 1er grado Ginecología. Profesor Asistente. Maestrante en Atención Integral a la Mujer*

\*\*\* *Especialista 1er grado Ginecología.*

\*\*\*\* *Especialista 1er grado Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer.*

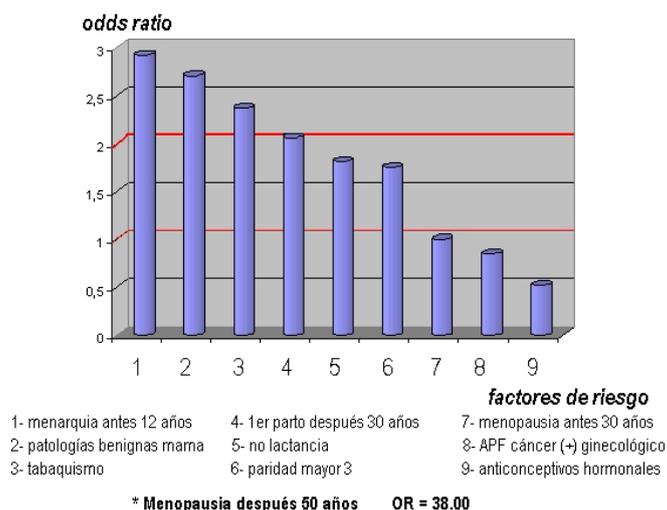
\*\*\*\*\* *Estudiante Tercer año de Medicina. Alumna Ayudante de Ginecología.*

Gráfico 1. Distribución de pacientes con cáncer ginecológico según localización anatómica. Isla de la Juventud. 2004-2008



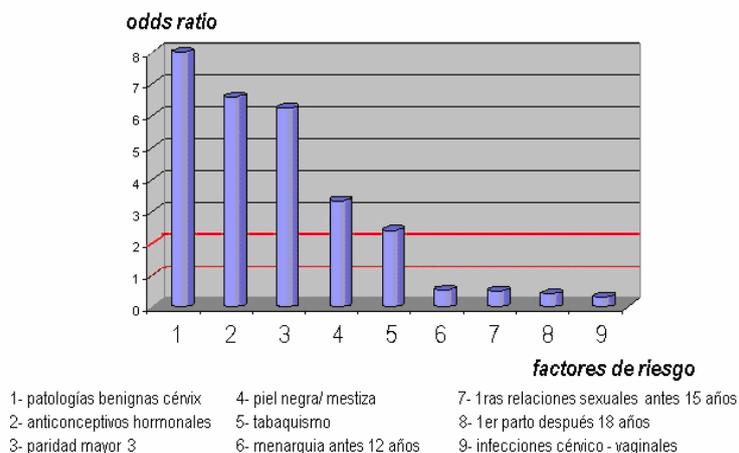
Fuente: Registro de Biopsias. Dpto. Anatomía Patológica. HHB.

Gráfico 2. Distribución de pacientes mayores de 60 años con cáncer de mama según factores de riesgo. Isla de la Juventud. 2004-2008



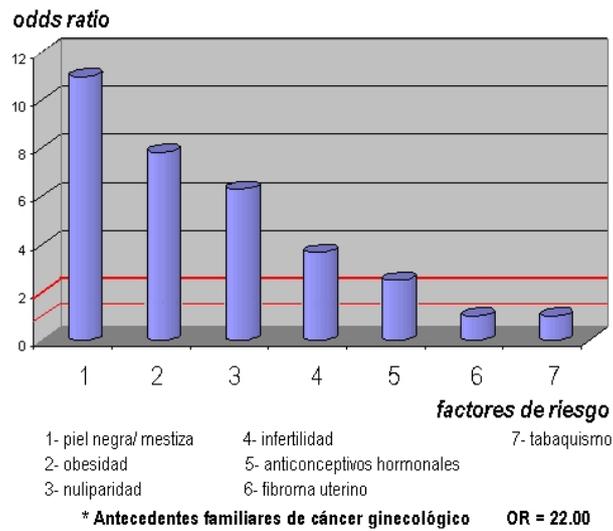
Fuente: Historia Clínica Individual, Base de Datos Consulta Mama. HHB

Gráfico 3. Distribución de pacientes mayores de 60 años con cáncer de cuello uterino según factores de riesgo. Isla de la Juventud. 2004-2008



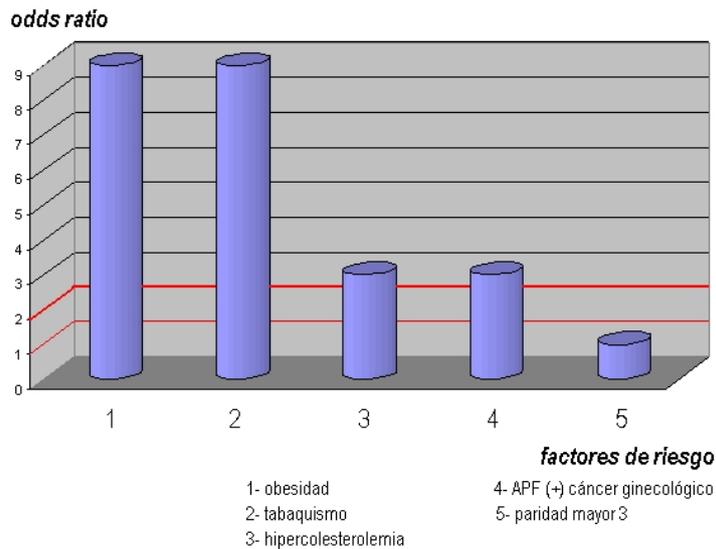
Fuente: Historia Clínica Individual. Consulta Patología Cuello. HHB.

Gráfico 4. Distribución de pacientes mayores de 60 años con cáncer de endometrio según factores de riesgo. Isla de la Juventud. 2004-2008



Fuente: Historia Clínica Individual.

Gráfico 5. Distribución de pacientes mayores de 60 años con cáncer de ovario según factores de riesgo. Isla de la Juventud. 2004-2008



Fuente: Historia Clínica Individual.